FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1956

N° 625

THESE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

-o-

par

CERTHOUX Alain

Né le 6.3.28 à Chateauponsac (Hte-Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le : 1956

-o-o-o-

Titre

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU PRONOSTIC DES ETATS MELANCOLIQUES TRAITES PAR CONVULSIVOTHERAPIE ELECTRIQUE

A propos de 450 observations : Comparaison entre malades traitées et non traitées.

-o-

Président :

M. le Professeur HEUYER

-o-

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552423_0035

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : C E R T H O U X

Prénom : Alain

Date de la soutenance :

Nº d'ordre :

1

CERTHOUX Alain
Contribution à l'étude du pronostic des états mélancoliques traités par convulsivothérapie électrique
Dact. In 4º 37 p.
Thèse Méd. Paris 1956
Nº

2

CERTHOUX Alain
Contribution à l'étude du pronostic des états mélancoliques traités par convulsivothérapie électrique
Dact. In 4º 37 p.
Thèse Méd. Paris 1956
Nº

3

CERTHOUX Alain
Contribution à l'étude du pronostic des états mélancoliques traités par convulsivothérapie électrique
Dact. In 4º 37 p.
Thèse Méd. Paris 1956
Nº

4

CERTHOUX Alain
Contribution à l'étude du pronostic des états mélancoliques traités par convulsivothérapie électrique
Dact. In 4º 37 p.
Thèse Méd. Paris 1956
Nº

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1956 N°

T H E S E

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

-o-

par

C E R T H O U X Alain

Né le 6.3.28 à Chateauponsac (Hte-Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le :

-o-o-o-

T i t r e

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU PRONOSTIC DES ETATS MELANCOLIQUES TRAITES PAR CONVULSIVOTHERAPIE ELECTRIQUE

A propos de 450 observations : Comparaison entre malades traitées et non traitées.

-o-

Président :

M. le Professeur H E U Y E R

-o-

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD (H.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN ..... Léon BINET
(Membre de l'Institut)

ASSESSEUR ..... Jean VERNE

I - PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		CORDIER (G.)
Anatomie pathologique		DELARUE (A.)
Bactériologie		N...
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale		VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale		N...
Carcinologie		OBERLING (C.)
Chimie médicale		JAYLE (M.F.)
Cliniques Chirurgicales	(Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
	(Broussais	DE GAUDART D'ALLAINES(F.)
	(Salpêtrière	N...
	(Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et ortho-pédique		MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie		MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'ortho-pédie		FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture		LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang		CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants		DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encé-phale		DELAY (J.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)

Cliniques Médicales	(Hôtel-Dieu	N...
	(Bichat	N...
	(Cochin	MOREAU (R.)
	(Broussais	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR-VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R.)
Cliniques obstétricales	(Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
	(Baudelocque	N...
	(Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique		VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires		RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale		COSTE (F.)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A.)
Clinique urologique		FEY (B.)
Embryologie		GIROUD (A.)
Génétique médicale		LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N...
Histologie		N...
Hygiène et clinique de la première enfance		CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C.)
Médecine du Travail		DESOILLE (H.)
Médecine légale		PIEDLIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale		MENEGAUX (G.)
Pathologie exotique		LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)		MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale		BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale		MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel)		DOGNON (A.)
Physiologie		BINET (L.)
Physique médicale		STROHL (A.)
Radiologie médicale		DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale		MOULONGUET (P.)
Thérapeutique		TURPIN (R.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES de CONFERENCE-AGREGES et AGREGES

Anatomie	(DELMAS (A.)Pr.s.ch.
	(DEBEYRE (J.)
	(OLIVIER ( )
	(N...

Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARD (Melle F.) Pr.s.ch.
	(BUSSER (F.)
	(GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	(NEVOT (A.)
	(N...
Biochimie médicale	(ETTORI (J.)Pr.s.ch.
	(N...
	(N...
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Embryologie	TUCHMANN
Histologie	(BULLIARD (H.)Pr.s.ch.
	(N...
	(N...
Hydrologie	N...
Hygiène	(BOYER (J.)Pr.s.ch.
	(DEPARIS (M.)Pr.s.ch.
Maladies infectieuses	N...
Médecine légale et du travail	(DEROBERT (L.)Pr.s.ch.
	(GAULTIER (M.)
	(HADENGUE (A.)
	(N...
Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	N...
Obstétrique	(GRASSET (J.)
	(LEPAGE (F.)
	(MERGER (H.)
	(MORIN (P.)
	(RAVINA (J.)
	(N...
	(N...
Ophtalmologie	(DESVIGNES (P.)
	(N...
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	(AUBRY (M.)
	(MADURO (R.)
Parasitologie	(CHABAUD (A.)
	(N...
Pathologie chirurgicale	(ABOULKER (P.)
	(BAUMANN (J.)
	(GOSSET (J.)
	(LAURENCE (G.)
	(LORTAT-JACOB (J.)
	(OLIVIER (Cl.)
	(POILLEUX (F.)
	(VERNE (J.M.)
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...

Pathologie expérimentale	(N...
	(N...
Pathologie médicale	(BERNARD (J.)
	(BOUDIN (G.)
	(CASTAIGNE (P.)
	(CONTE (M.)
	(DOMART (A.)
	(LAMOTTE (M.)
	(LAROCHE (Cl.)
	(MILLIEZ (P.)
	(PEQUIGNOT (H.)
	(PERRAULT (M.)
	(RAMBERT (P.)
	(THIEFFRY (St.)
	(TURIAF (J.)
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
Pédiatrie	(JOSEPH (R.)
	(N...
	(N...
Pharmacologie	(CHEYMOL (J.)Pr.s.ch.
	(LEVY (Melle J.)Pr.s.ch.
Physiologie	(BARJETON (D.)Pr.s.ch.
	(PARROT (J.) Pr.s.ch.
	(DEJOURS (P.)
Physique médicale	(DJOURNO (A.)Pr.s.ch.
	(GOUGEROT (L.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	N...
Psychiatrie infantile	MICHAUX (Z.)
Rhumatologie	N...
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A.)
	(CERNEA (P.)
Thérapeutique	N...
Urologie	KUSS (R.)
Clinique chirurgicale	(AMELINE (A.)
	(HUGUIER (J.)
	(LEGER (L.)
	(PADOVANI (P.)
	(PATEL (J.)
	(ROUX (M.)
	(RUDLER (J.C.)
	(SICARD (A.)
Clinique médicale	(BROUET (G.)
	(N...
	(DECOURT (J.)
	(DREYFUS (Gilbert)
	(FAUVERT (R.)
	(HAGUENAU (M.)Pr.s.ch.
	(HAMBURGER (J.)

Clinique Médicale ..... KOURILSKY (R.)
MARCHAL
SOULIE (E.)
Clinique obstétricale ..... ESCALLE (G.)
MAYER (M.)
VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique ..... OFFRET (G.)
RENARD (G.)
Clinique urologique ..... COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté ..... M.MOREL (J.)
Secrétaire ..... Melle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction ..... Mr le Docteur HAHN (A.)
Conservateur ..... Melle GOICHON
Bibliothécaires ..... Melles DUMAITRE (P.)
LAURENT (H.)
LE NOIR (G.)
QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur HEUYER

Professeur de clinique psychiatrique infantile

Médecin des Hôpitaux

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

A notre Maître

Monsieur le Docteur Georges LECOMTE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

dont nous sommes l'Interne depuis deux ans. Sa constante préoccupation de respecter chaque aspect humain des malades, la rigueur scientifique de sa pensée, le scepticisme qui tempère tout jugement sans altérer son dynamisme nous ont été de précieux guides dans notre formation psychiatrique.

En lui dédiant cette thèse qu'il a inspirée, nous voudrions lui prouver notre reconnaissance et notre attachement.

A Monsieur le Docteur J.-Y. ACHALLE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Médecin-Directeur à La Charité-sur-Loire

qui nous a permis de réaliser ce travail dans les conditions les plus favorables. Nous le remercions particulièrement de la bienveillance qu'il a montrée à notre égard.

A Monsieur le Docteur LÔO

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Nous nous félicitons d'avoir suivi ses conseils lors de notre orientation psychiatrique. Nous souhaitons renouveler souvent des entretiens d'où émane un véritable enseignement.

A Monsieur le Docteur DESRUELLES

Médecin Honoraire des Hôpitaux Psychiatriques

En remerciement d'avoir mis très aimablement à notre disposition les ressources de sa bibliothèque.

A nos Maîtres des Hôpitaux de Tours.

Monsieur le Professeur GUILLAUME-LOUIS

Monsieur le Professeur GAUTIER

Monsieur le Professeur DESBUQUOIS

Monsieur le Professeur RICHARD

Monsieur le Professeur FROMENTY

Monsieur le Professeur HUSSENSTEIN

A nos Maîtres de l'Hôpital de Nevers.

Monsieur le Docteur DUNCOMBE

Monsieur le Docteur RUDOLF

Monsieur le Docteur BERTON

Monsieur le Docteur PIEL

Monsieur le Docteur TALLET

Monsieur le Docteur BOUVATTIER

dont nous avons été l'interne.

INTRODUCTION

Parmi les affections mentales les plus anciennement connues et décrites, la Mélancolie a toujours posé aux Médecins un difficile problème thérapeutique.

Les conceptions pathogéniques - psychiques et somatiques - se reflètent dans les nombreuses méthodes de traitement proposées.

Depuis les cures de repos organisées par les Anciens Egyptiens dans les " sites enchanteurs " des rives et des ilôts du Nil (cité par PINEL dans la 5ème édition de sa " Nosographie Philosophique "), avec exercices récréatifs, chants, théatre, peinture ..., on proposa, pour arracher les malades à leurs sombres préoccupations, les travaux manuels, la musique (ESCULAPE), les voyages, l'équitation ...
On vanta les vertus curatives des climats secs et tempérés (HIPPOCRATE, CELSE, GALIEN, Les Arabes), de l'hygiène vestimentaire.

La Mélancolie, maladie " digestive " fut traitée par l'instauration de régimes combattants la "sécheresse" du corps par l'absorption quotidienne de grandes quantités d'eau. Les cures de fruits " rafraichissaient " et apportaient par là un soulagement.
Les bains étaient bénéfiques pour Alexandre de TRALLES, FOWLER, WILLIS, puis PINEL, ESQUIROL).

L'observation de guérisons spectaculaires par choc émotionnel (A. de TRALLES, PHILODOTE, WILLIS) incita certains à soumettre leurs malades à des manoeuvres brutales : ainsi en Angleterre, Erasme DARWIN conçut la célèbre " Machine Rotatoire " destinée à transformer l'humeur. S'il fut suivi par quelques uns de ses contemporains (Joseph Mason COX, FOX, HALLARAN), d'autres s'opposèrent à utiliser sa méthode (DUNCAN, SPENS, MONRO Père).

On attachait beaucoup d'importance, par ailleurs, à traiter les affections considérées comme responsables d'action néfaste sur le cerveau par l'intermédiaire des " humeurs " corrompues. De tout temps, on soigna dans ce but les hémorroïdes, la constipation ... Il fut préconisé, dans le même esprit, de respecter les symptomes comme le ptyalisme, qui favorisait l'excrétion de ces humeurs mauvaises. (Ce ptyalisme des " Mélancoliques " évoque assez bien la sialorrhée des Parkinsonniens : c'est une notion classique que l'on englobait alors sous le terme de mélancolie de nombreuses autres maladies s'accompagnant d'état dépressif ...)

Enfin, l'organisation, au début du XIXème siècle (Loi de 1838) d'établissements spécialisés dans l'Assistance aux Aliénés et leur traitement, permit d'appliquer cette règle depuis longtemps connue, mais difficilement réalisable auparavant : l'isolement du malade dans un milieu favorable à la surveillance préventive et à l'observation.

Dès lors, d'éminents Cliniciens comme ESQUIROL, BAILLARGER, FALRET, RITTI entre autres, dégagèrent en l' " épurant " la mélancolie de la masse des autres maladies mentales. Plus tard MAGNAN, REGIS, KRAEPELIN en fixèrent les limites et le mode évolutif. Ainsi naquirent les conceptions nosographiques - depuis la lypémanie d'ESQUIROL puis la Folie à double forme de BAILLARGER, la Folie circulaire de FALRET, jusqu'à la synthèse de KRAEPELIN : Psychose Maniaque Dépressive - qui précédèrent l'apparition de l' entité " Mélancolie " admise de nos jours, avec ses modalités cliniques (Forme franche, anxieuse, délirante etc ...), évolutives (Psychose Intermittente) voire étiologiques (Mélancolie d'Involution, réactionnelle ...).

Si la clinique, par l'observation facilitée en milieu Hospitalier, s'enrichissait, la thérapeutique demeurait impuissante à en modifier l'aspect essentiel.

Mais le malade était à l'abri du suicide et de l'inanition par la surveillance, l'alimentation artificielle. On pouvait, une fois l'anxiété combattue par les sédatifs (Opiacés), les signes physiques - état saburral - amendés par les thérapeutiques symptomatiques (lavages d'estomac, purgations) entreprendre un traitement moral valable, et attendre avec plus de sécurité la guérison ... spontanée.

En effet, jusqu'à l'apparition de la convulsivothérapie il n'y eut aucun traitement actif sur la base " thymique " du syndrome.

Malgré certains succès partiels enregistrés à l'actif du repos au lit, de l'hydrothérapie, de la pyrétothérapie,

puis avec les progrès de la physiologie expérimentale, de l'opothérapie (entre autres, étude de l'action de certains extraits pancréatiques comme la " Vagotonine " - SANTENOISE (1922) - Mme GARDIEN-JOURD'HEUIL (1935) - action de l'auto-hémo-thérapie - Agnès CHIARLI (1929...) nous restions impuissants à obtenir une guérison thérapeutique rapidement efficace de l'accès mélancolique.

Il est aisé, dans ces conditions, de comprendre le retentissement qu'eut l'apparition de la convulsivothérapie cardiazolique (VON MEDUNA) puis électrique.

Notre trop jeune expérience nous interdit de prendre position dans la discussion soulevée par l'emploi de la méthode.

Bornons-nous à constater, à la suite des très nombreuses publications consécutives aux travaux de CERLETTI et BINI, que la majorité des auteurs s'accorde à constater l'action, sinon spectaculaire, du moins très favorable des électro-chocs dans les accès de mélancolie. C'est même, pour presque tout, l'indication de choix.

Au cours de la discussion qui suivit une communication de J. LABOUCARIE à la Société Médico-Psychologique (1945), M. MINKOWSKI déclarait : " Dans l'ensemble, c'est bien sous l'angle d'une proportion que le problème des chocs doit être envisagé. Il y a une balance à faire : d'un côté, les accidents, de l'autre, les résultats positifs ..."

L'étude que nous avons entreprise concerne le problème des résultats par thérapeutique de chocs électriques, vus sous " l'angle d'une proportion " dont parlait M.MINKOWSKI.
Plus particulièrement, c'est pour tenter d'apprécier l'effet de la convulsivothérapie sur la récurrence des accès mélancoliques que nous avons rassemblé, parmi les dossiers de 2.948 malades traitées entre 1922 et 1955 dans le service du Docteur Georges LECOMTE à l'Hôpital Psychiatrique de La Charité-sur-Loire, les 450 observations de mélancoliques.

Si, en effet, le raccourcissement de la durée d'hospitalisation par électro-choc dans la mélancolie semble actuellement une notion incontestable, comme se sont attachés à le prouver différents travaux Français et Etrangers, et notamment ceux de DELAY (1943, 1946, 1950), GUYOTAT (1950) EY et BURGUET (1952), DAUMEZON et DENIS (1954), DESHAIES MORLON et RIVAILLE (1955), la question est posée, par plusieurs auteurs, de savoir si l'EC ne réduisait pas sensiblement la durée des rémissions entre les accès, rendant ainsi incertain le bénéfice acquis. Il est certain que l'Electrochocthérapie n'a pas d'action sur la prévention

des rechutes : l'EC agit sur l'accès lui-même, mais ne " rompt " pas l'évolution de la Psychose Intermittente. (DAUMEZON 1945, DELAY 1946, COSSA 1946, MULLER 1946, LOPEZ-IBOR 1950, SLAGANT SLATER et HILL 1952, EY 1954, COLLIER et DEPER 1955, GUIRAUD 1955).

Pour les adversaires de la méthode (BARUK 1945, 1950, 1954, 1955 ; CHATAGNON 1945 ; COLLET 1945), outre les inconvénients psychiques, psychologiques et biologiques que comporte l'électrochocthérapie, la fréquence des rechutes est susceptible d'être augmentée, et il est souhaitable d'étudier l'action des EC sur la durée des rémissions.

Par ailleurs, nous avons tenté de dégager certaines données numériques (et non vraiment " statistique ", car nous n'avons pas de compétence en cette matière) quant à la fréquence de certaines formes cliniques et, dans ces formes, de la fréquence et de l'évolution des accès traités ou non. D'autres l'ont fait avant nous, mais il nous a semblé intéressant d'apporter notre contribution, si modeste soit-elle, à l'étude pronostique de la mélancolie.

PLAN

I - METHODE DE TRAVAIL

- Le matériel utilisé : parmi les dossiers des malades sorties ou décédées dans un service de l'Hôpital Psychiatrique de La Charité-sur-Loire de 1922 à 1955, nous avons sélectionné 450 observations d'états mélancoliques.

- nous exposerons ensuite rapidement les éléments que nous avions à notre disposition pour retracer les observations, et la manière dont nous les avons utilisés.

- nous envisagerons les critiques qui peuvent nous être faites à ce sujet, et en ce qui concerne l'élaboration des tableaux comparatifs entre malades non traitées et traitées par EC.

II - EXPOSE des RESULTATS :

- une première partie de cet exposé contiendra les résultats globaux que nous avons obtenus, dans notre travail, en comparant les accès dans leur répartition, leur durée, et la durée des rémissions entre les accès, sur l'ensemble des observations, sans tenir compte des formes cliniques présentées.

- une seconde partie sera consacrée à l'exposé des résultats comparés de l'action de la convulsivothérapie sur l'évolution des mélancolies suivant les formes cliniques considérées.

III - UTILISATION DES RESULTATS :

Ce chapitre contiendra les commentaires que nous ont inspiré les résultats.

IV - CONCLUSIONS :

Que nous avons tirées de notre étude.

PREMIER CHAPITRE

METHODE DE TRAVAIL

Pour faire une étude comparative tant soit peu valable de l'action de la convulsivothérapie électrique sur l'évolution des psychoses dépressives, il est préférable de réunir un nombre semblable de malades non traitées et de malades traitées par EC. Mais la convulsivothérapie n'étant employée largement que depuis une quinzaine d'années, il faut avoir à sa disposition un grand nombre d'observations.

Le service dirigé par le Docteur Georges LECOMTE, dans lequel nous avons fait notre travail, comprend 350 lits. Le mouvement - entrées et sorties - a été longtemps assez réduit, la Nièvre étant un département peu peuplé, rural, habité par une population assez réticente à l'hospitalisation en milieu psychiatrique. Comme partout, cependant, la régression des préjugés défavorables, le développement des consultations d'Hygiène Mentale, ont modifié cet état de choses et le nombre d'entrées de ces dernières années est en progression constante ; parallèlement, grâce aux moyens thérapeutiques modernes - notamment l'emploi élargi de l'EC par l'adjonction de narcose IV et de curarisation, les sorties sont devenues beaucoup plus nombreuses.

Néanmoins, pour réunir un nombre suffisant d'observations, nous avons compensé le nombre relativement peu élevé des entrées par un étalement de nos recherches dans le temps.

Nous avons étudié les dossiers de toutes les malades sorties (guéries, réclamées, transférées ou décédées) entre 1922 et 1955 inclus. Remarquons, au passage, que jusqu'en 1945 le nombre des décès excède largement le nombre des sorties : 1264 contre 726 ; à partir de 1946, la proportion s'inverse, et le nombre des sorties devient le double, puis le triple, pour atteindre le quintuple des décès (147 contre 29 en 1955). Le total des décès surpasse cependant, au total, le nombre des sorties depuis 1922 : 1574 contre 1374).

Dans un premier temps, nous avons sélectionné les observations de 450 Mélancoliques parmi les 2948 dossiers que

nous avions à notre disposition. Pour chacune d'entre elles, il fallait :

- établir la réalité de l'état mélancolique.
- reconstituer l'histoire de la maladie dans son évolution par accès le cas échéant.

Si cela nous a été facile pour les malades ayant séjourné récemment - nous n'avons eu qu'à résumer les nombreux renseignements contenus dans les observations - cela le fut parfois beaucoup moins pour certains dossiers anciens. Nous avons alors utilisé :

- outre les renseignements administratifs : âge, date de l'entrée et de la sortie, nombre des séjours.

- les descriptions cliniques succinctes des certificats de 24 heures et de quinzaine, les certificats de situation.

- bien souvent, et cela nous a largement aidés, la lecture des bulletins de santé et de la correspondance de la malade avec les siens.

Dans un second temps, parmi ces 450 observations de malades admises dans le service pour état dépressif, nous avons effectué alors un second " tri ". Le moyen le plus commode nous a semblé le classement par forme clinique. Si cela a été facile pour certaines malades en raison de la classicité du syndrome qu'elles présentaient, cela fut plus difficile pour certaines autres soit du fait de l'indigence des renseignements en notre possession, soit du fait de la complexité du tableau présenté. Il est parfois malaisé - comme l'a fait remarquer DENIS dans sa thèse (1954) - de faire entrer certaines malades dans un cadre déterminé. Ainsi, une mélancolie délirante peut s'accompagner d'anxiété, une mélancolie anxieuse peut exprimer quelques idées délirantes, et le classement est difficile. De même, le regroupement des mélancolies d'involution - qui peuvent revêtir plusieurs aspects cliniques classiques - n'est pas facilement réalisable rétrospectivement. Nous avons, dans ces cas, pour schématiser notre classement, tenu compte de l'aspect symptomatique dominant.

Nous percevons les imperfections de notre méthode, et les critiques qu'on peut nous adresser. Par avance, nous tenterons de nous en justifier.

- Notre étude n'a porté que sur des malades femmes mais la mélancolie est plus fréquente chez ces dernières. Les travaux antérieurs ne signalent pas de différences appréciables

dans les résultats des traitements par chocs suivant le sexe considéré.

- Le nombre d'observations présentées peut paraître insuffisant pour une étude de ce genre : si notre travail peut sembler modeste en regard de certaines statistiques - américaines notamment - qui portent sur des milliers de cas, nous pensons que l'on peut quand même déduire un certain nombre de conclusions valables avec 450 cas.

- En ce qui concerne la reconstitution de l'histoire de chaque malade, il y a des lacunes : certaines malades sont internées pour la première fois alors qu'elles ont eu un ou plusieurs accès sanctionnés ou non par l'internement sans que l'on puisse tenir compte de ces accès antérieurs parce que l'on ne possède pas suffisamment de renseignements à leur sujet. Dans ces cas, nous n'avons pris, évidemment, en considération que les accès sur lesquels nous possédions suffisamment de précisions.

- Les limites de l'accès dans le temps ne nous étaient pas toujours connues. Souvent, la durée que nous avons indiquée correspond à la durée du séjour : c'est le cas des malades réclamées par leur famille avant guérison, transférées dans un autre établissement ou décédées avant guérison de l'état mental. Par contre, certaines malades guéries de leur accès sont demeurées internées en raison d'obstacles s'opposant à leur sortie : la durée de leur séjour dépasse de beaucoup la durée de leur accès. C'est le cas, en particulier, de malades qui, internées dans la Seine, furent transférées ensuite à La Charité soit directement soit après un séjour plus ou moins long à la Colonie Familiale de Dun-sur-Auron. Plusieurs de ces malades ont fait soit un seul accès qui, amélioré, rechutait au moment du transfert, soit des accès différents, mais séparés par une rémission insuffisante pour permettre une sortie définitive ou qui, pour des raisons sociales, ne pouvaient sortir une fois remises. Dans ce cas, nous avons pu approximativement, délimiter l'accès dans le temps grâce aux certificats de transfert et aux rapports faits par les infirmières sur le comportement de la malade. Nous ne nous cachons pas les inconvénients de ces approximations. Mais nous pensons que l'écart avec la réalité n'est cependant pas susceptible d'apporter de grosses modifications à nos résultats. Ces observations ne représentent qu'une minorité.

- Notre mode de classement par forme clinique peut sembler artificiel. Pour certains auteurs, les distinctions nosologiques ne correspondent en général pas à une réalité pathologique et présentent encore moins d'intérêt dans une psychose affective comme la mélancolie qui réagit de la même manière, quelle que soit sa forme, à la thérapeutique.

En fait, si avant l'apparition de l'électrochocthérapie, le pronostic de la mélancolie variait selon la forme considérée (P.ABELY, Thèse 1923), il semble bien que les notions classiques gardent leur valeur. Si, par exemple, comme le fait remarquer H. EY (1952), l'action thérapeutique des chocs ne permet en rien de séparer la mélancolie d'involution de la psychose intermittente, il n'en est pas moins vrai, comme nous le verrons à l'étude de nos résultats, que les durées d'hospitalisation demeurent variables selon la forme considérée (Heuyer, Bour et Feld - 1942).

Nous n'avons pu avoir recours à l'aide de statisticiens compétents pour nous éclairer dans la progression de notre travail et l'interprétation des résultats. C'est pourquoi nous nous contenterons de présenter les chiffres tels que nous les avons obtenus.

Nous avons cependant représenté sous forme d'échelles certains résultats pour en faciliter la lecture.

Enfin, et c'est peut-être là le plus gros reproche que l'on nous fera, le nombre des malades non traitées surpasse celui des malades traitées par l'électro-choc. La proportion n'étant pas la même, les résultats pourront ne pas paraître comparables. Mais étant donné le nombre déjà réduit d'observations présentées, il nous a paru préférable de ne pas en éliminer dans le but de rétablir l'équilibre entre les deux groupes.

CHAPITRE II

LES RESULTATS

PREMIERE PARTIE - RESULTATS GLOBAUX

1) Parmi les 2.948 dossiers de malades sorties ou décédées, hospitalisées dans une section de l'Hôpital Psychiatrique de La Charité-sur-Loire, de 1922 à 1955 inclus, nous avons rassemblé 450 observations d'états mélancoliques.

La proportion de ces états mélancoliques en regard de l'ensemble des autres affections mentales est, dans notre travail, de :

15,26 %

2) Effet de la convulsivothérapie électrique sur la durée et l'espacement des accès.

Nous avons considéré ici les accès en tant qu' "unité morbide", sans tenir compte de leur nombre et de leur répétition chez les malades, de l'âge d'apparition, etc..., sans tenir compte, non plus, de la forme clinique.

TABLEAU I

	Sans Electro-Chocs		Avec Electro-chocs	
	Nombre	Durée	Nombre	Durée
ACCES	443	I an 9m 27j	165	3m 14j
REMISSION..	2I3	7 ans 10m 4j	51	I an 9m 16j

3) Répartition des accès.

Nous présentons dans ce paragraphe les résultats concernant le nombre d'accès par malade.

Précisons que le nombre de séjours hospitaliers ne correspond pas au nombre d'accès ; nous ne tiendrons compte, par conséquent, que du nombre d'accès. En effet, certaines malades n'ont été hospitalisées qu'une fois mais ont fait plusieurs accès au cours de leur séjour ; dans quelques cas nous n'avons pas pu fixer le nombre d'accès présentés par la malade faute de renseignements : nous savons seulement qu'elles ont fait plusieurs accès. Ce nombre indéterminé d'accès est désigné dans les tableaux ci-dessous par la lettre " N... " Par ailleurs, nous avons tenu compte des accès présentés en dehors des séjours dans le service.

a) Le tableau II indique le nombre de malades ayant présenté un, deux, trois, quatre accès et plus et le pourcentage que représente chaque catégorie.

TABLEAU II

-	ont présenté	un seul	accès,	228	malades,	soit	.....	50,66%
-	"	"	deux	"	91	"	"	20,22%
-	"	"	trois	"	54	"	"	12 %
-	"	"	quatre accès et plus,		77	malades,	soit	17,09%

b) Incidence de l'ECT sur la fréquence moyenne des accès par malade.

En vue de déterminer la fréquence moyenne des accès chez les malades traitées et non traitées par l'EC nous avons séparé les observations en trois groupes :

1) Malades n'ayant jamais subi d'EC ou n'en ayant eu qu'au dernier accès.
2) Malades ayant été traitées par EC à chaque accès.
3) Malades ayant été traitées par EC à certains accès seulement.

Nous avons ensuite réparti le troisième groupe dans les deux premiers en rangeant dans le premier groupe les accès non traités et dans le deuxième groupe les accès traités. Par exemple, une malade ayant présenté trois accès dont seul le second a été traité par EC sera comptée dans le premier groupe pour deux accès et dans le deuxième groupe pour deux accès également.

TABLEAU III

	Nombre de malades	Nombre d'accès	Nombre moyen d'accès par malade
Sans E.C.	308	5II	I,65
E.C. à chaque accès	72	95	I,3I
E.C. à certains accès seulement	2I	69	3,2
En retranchant les malades ayant eu un accès unique			
Sans E.C.	I29	332	2,57
E.C. à chaque accès	I6	39	2,43
E.C. à certains accès seulement	2I	69	3,2
En dissociant le troisième groupe			
Sans E.C.			
1)avec ac.unique	324	548	I,7
2)sans ac.unique	I45	369	2,5
Avec E.C.			
1)avec ac.unique	93	I42	I,5
2)sans ac.unique	37	86	2,3

SECONDE PARTIE - RESULTATS COMPARES DE L'ACTION DES ELECTRO-CHOCS SELON LES FORMES CLINIQUES DE L'ACCES MELANCOLIQUE.

Il est classique de dire que l'évolution des accès mélancoliques varie selon la forme clinique revêtue. Ainsi Gilbert BALLET (1903) écrivait : " Il n'est pas jusqu'à l'étiologie de la maladie ou l'âge variable des malades qui ne soient susceptibles de modifier dans une certaine mesure, l'aspect, l'évolution et la gravité de l'affection. Aussi, est-il nécessaire après avoir mis en relief les manifestations qui sont communes à presque tous les cas, de grouper ceux-ci suivant leurs affinités et leurs dissemblances ".

Il nous a paru intéressant de nous rendre compte si la convulsivothérapie, en agissant sur la base thymique diencéphalique du syndrome mélancolique, uniformisait l'allure évolutive des accès quel que soit leur aspect symptomatique ou étiologique.

Les tableaux IV, V, VI et VII indiquent :

- la répartition du nombre d'accès.
- la durée des accès.
- la durée des intervalles.

en spécifiant le traitement subi : avec ou sans électro-choc.

Les observations ont été séparées en quatre groupes :

Premier groupe :

Comprend les différentes formes de la mélancolie "typique" telle qu'elle fut décrite par REGIS avec :

1) la forme simple ou " franche ", caractérisée surtout par la douleur morale, le ralentissement idéique et moteur, l'inhibition, la tendance au suicide, mais ne comprenant que peu d'idées délirantes (auto-dépréciation, auto-accusation), ne comportant pas, non plus, de grandes réactions anxieuses. Entrent également dans ce cadre les "dépressions mélancoliques simples", les " mélancolies avec conscience ".

2) la forme anxieuse, malades chez lesquelles prédominent les phénomènes anxieux avec agitation, pleurs, cris, raptus sur un fond permanent d'anxiété, qu'elles soient délirantes, confuses, hypocondriaques, etc....

3) la forme stuporeuse. Certaines formes anxieuses avec confusion et semi-stupeur sont rangées avec les formes anxieuses.

4) la forme délirante : présence au premier plan d'un syndrôme délirant net, typiquement mélancolique (culpabilité, ruine, auto-hétéro-accusation) avec ou sans activité hallucinatoire.

Dans cette forme délirante nous rangerons (avec DENIS) les formes :

- hypocondriaques (délire hypocondriaque prédominant)

- avec délire de négation et d'immortalité constituant le syndrome de COTARD. Signalons à ce propos que nous n'avons pas trouvé d'observations comprenant, bien individualisés et au complet, les signes du syndrôme de COTARD : ou le syndrôme était incomplet (idées de négation d'organes isolées, sans idées d'immortalité, de damnation, etc...) et ces observations ont été rangées dans la rubrique " mélancolie délirante", " hypocondrie ", ou les malades ont eu plusieurs accès dépressifs dont un seulement revêtait la forme du syndrome de COTARD et sont rangées parmi les formes que revêtaient leurs accès antérieurs.

Deuxième groupe :

Nous classons ici les observations de malades ayant présenté des accès de manie et de mélancolie, rentrant dans le cadre de la Psychose Maniaque Dépressive.

Loin de nous la pensée de prendre par là position dans la " querelle " soulevée par la conception Kraepelinienne. Nous avons voulu simplement rester fidèles à notre " canevas " de classement, en nous reférant à la classification de REGIS, qui sépare la P.M.D. de la Mélancolie "intermittente" et "rémittente".

Nous n'avons pas compté les psychoses à forme uniquement maniaque, ni même certaines malades qui, sur 6 accès, n'en présentèrent qu'un à forme mélancolique. En effet, dans le travail que nous nous sommes proposés, nous envisageons essentiellement l'action des E.C. sur le retour des accès dans la mélancolie ; pour la plupart des auteurs, l'action de la convulsivothérapie n'étant pas la même dans la manie, nous avons le plus possible tenté de ne retenir parmi les observations de Psychose Maniaco-Dépressive que les formes à prédominance mélancolique.

Troisième Groupe :

Nous avons classé à part dans ce groupe, en raison de leurs conditions spéciales d'apparition, d'une part, et de

leur manque d'homogénéité avec la "Maladie Mélancolique" d'autre part :

1) la forme symptomatique : réactions mélancoliques marquant le début ou émaillant l'évolution d'une autre psychose (psychose hallucinatoire chronique, délire d'interprétation, paralysie générale, etc...)

2) la forme atypique : comprend les observations de malades ayant présenté des accès mélancoliques atypiques en ce sens que si l'inhibition, l'anxiété, les auto-accusations, les idées et tentatives de suicide les rapprochent bien de la mélancolie, par contre les idées délirantes fantastiques, la mobilité de l'humeur, mêlées souvent d'impulsivité, de discordance, de sentiment d'influence, de dépersonnalisation, de même que l'activité hallucinatoire évoquent franchement une autre psychose, notamment la schizophrénie ou les bouffées délirantes des dégénérées.

Si, bien souvent, l'évolution vers une démence précoce ne laissait subsister aucun doute sur la nature de la maladie, par contre une rémission spontanée avec nouvelle hospitalisation pour un syndrome voisin deux ans ou trois ans plus tard ne résolvait le problème que tardivement. La convulsivothérapie, en agissant à la fois sur les modifications thymiques de la mélancolie et de la schizophrénie ne résout pas davantage le problème de ces états atypiques dans l'immédiat.

Quatrième Groupe :

Ce dernier groupe contient les formes dont l'autonomie est considérée par beaucoup d'auteurs comme "étiologique" mais dont l'aspect clinique peut être varié tout en répondant cependant aux caractéristiques communes de la Mélancolie. Ce sont :

1) les mélancolies réactionnelles : syndrôme dépressif nettement déclenché par un évènement affectif, social, etc.. survenant chez une femme jusque là normale, constitué surtout par la teinte dépressive de l'humeur "l'angoisse vitale", sans idées délirantes, sans hallucinations, mais avec asthénie, aboulie, rumination douloureuse des circonstances qui ont déclenché l'apparition des signes.

2) les mélancolies d'involution.

3) les mélancolies pré-séniles.

Pour ces deux formes, qui pour certains n'en forment qu'une seule et qui, pour d'autres, ont une autonomie

discutable, nous avons compris :

- par mélancolie d'involution : les formes qui ne laissent apparaître, une fois guéries, aucune atteinte du fond mental, qui surviennent, de préférence, à l'époque de la ménopause et semblent liées à elle.

- par mélancolie présénile : les formes qui débutent plus tardivement (en général vers la soixantaine) et qui laissent apparaître, une fois le syndrome dépressif effacé, un déficit intellectuel plus ou moins important.

Comme le recommande DIGO, nous avons tenté de ne pas confondre les formes préséniles avec les réactions dépressives au cours des démences séniles.

1) REPARTITION DES FORMES CLINIQUES

A - SUR LA TOTALITE DES OBSERVATIONS

TABLEAU IV

	Nombre	Pourcentage
Ier GROUPE		
Mélancolie franche	107	23,77 %
" anxieuse	77	17,11 %
" stuporeuse ...	9	2 %
" délirante	63	14 %
" hypocondriaque	31	6,88 %
Syndrome de COTARD	3	0,66 %
IIè GROUPE		
P.M.D.	46	10,22 %
IIIè GROUPE		
Mélancolie symptomatique.	14	3,11 %
" atypique	11	2,44 %
IVè GROUPE		
Mélancolie réactionnelle.	8	1,77 %
" d'involution .	24	5,33 %
" présénile	57	12,66 %

B - REPARTITION DU NOMBRE D'ACCES PAR MALADE SELON LA FORME CLINIQUE

TABLEAU V

	NOMBRE de MALADES							Total des accès multip.	TOTAL
	I ac.	2 ac.	3 ac.	4 ac.	5 ac.	6 ac.	N...		
M. franches	52	27	I6	5	3	-	4	55	I07
M. anxieuses	47	I4	I2	2	-	-	2	30	77
M. stuporeus.	6	2	I	-	-	-	-	3	9
M. délirante	46	I2	3	-	-	-	2	I7	63
M. hypocondr.	I0	I2	5	-	2	-	2	2I	3I
S. de COTARD	-	2	I	-	-	-	-	3	3
P.M.D.	-	8	9	7	-	-	22	46	46
M. atypiques	9	I	-	I	-	-	-	2	II
M. symptomat.	4	I	2	-	-	-	7	I0	I4
M. réaction.	8	-	-	-	-	-	-	-	8
M. d'involut.	I3	4	2	-	2	I	2	II	24
M. présénile	4I	8	3	4	I	-	-	I6	57

2) DUREE MOYENNE DES ACCES SELON LA FORME CLINIQUE CONSIDEREE

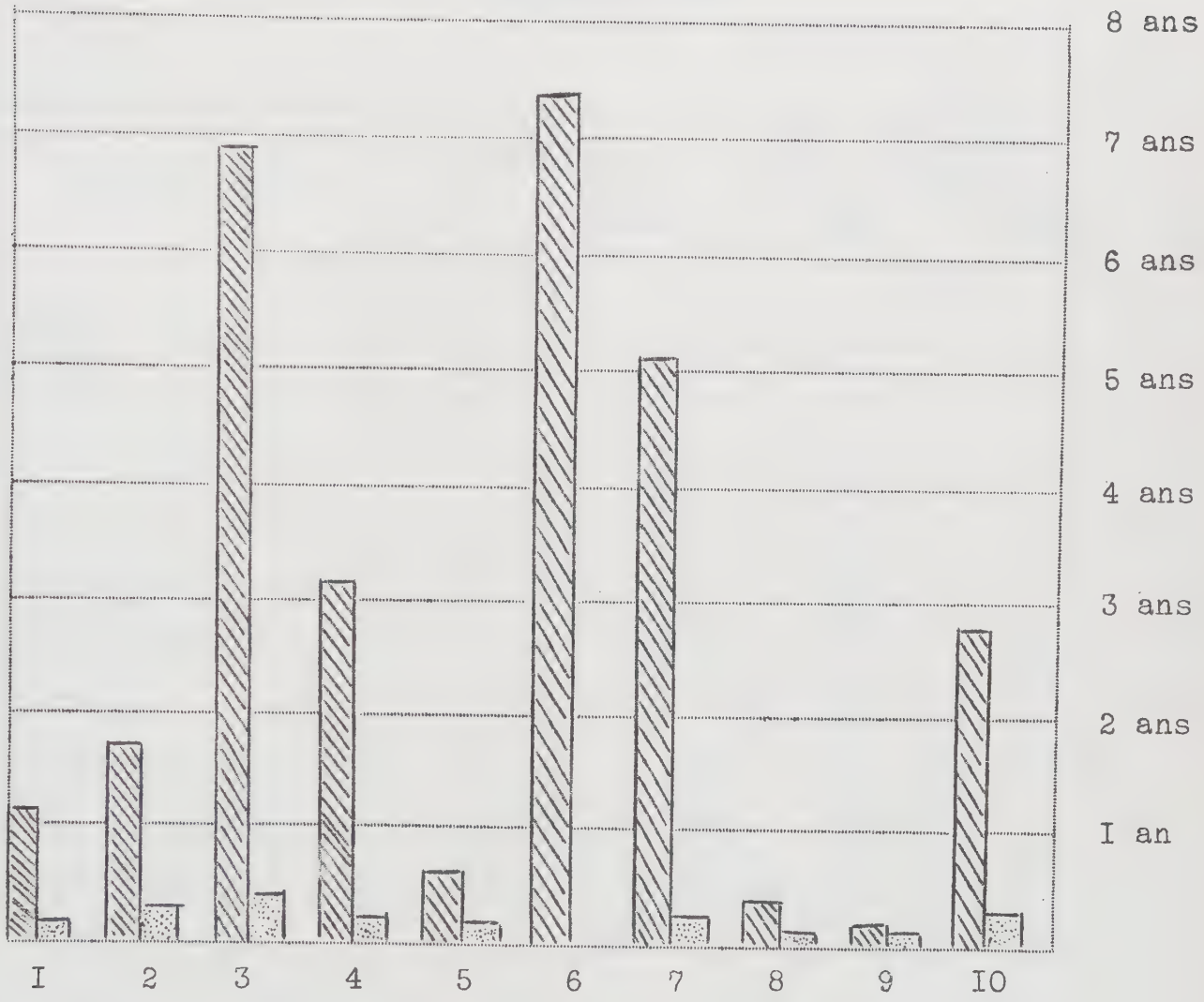
A - ACCES UNIQUE

TABLEAU VI

Forme Clinique	Sans E.C.		Avec E.C.	
	Nb	Durée	Nb	Durée
Mél. franche ...	34	1a. 1m. 19j.	18	2m.. 1j.
Mél. anxieuse ..	37	1a. 7m. 20j.	10	3m..16j.
Mél. stuporeuse.	5	6a. 11m. 1j.	1	4m.
Mél. délirante .	39	3a. 1m. 27j.	7	2m. 5j.
Hypocondrie	8	7m. 28j.	2	2m. 13j.
Mél. atypique ..	3	5a. 20j.	6	2m. 26j.
Mél. symptomat..	4	7a. 4m. 7j.	-	
Mél. réactionnel.	4	3m. 25j.	4	1m. 14j.
Mél. d'involut.	7	2m. 1j.	6	1m. 20j.
Mél. présénile ..	38	2a. 9m. 20j.	3	1a.4m. 8j.
Total	179	2a. 4m. 17j.	57	3m. 8j.

GRAPHIQUE I - ACCES UNIQUES

DUREE DES SEJOURS SUIVANT LA FORME CLINIQUE



I - Mél. franche
2 - Mél. anxieuse
3 - Mél. stuporeuse
4 - Mél. délirante
5 - Mél. hypocondriaque
6 - Mél. symptomatique
7 - Mél. atypique
8 - Mél. réactionnelle
9 - Mél. d'involution
IO - Mél. présénile

Sans ECT

Avec ECT

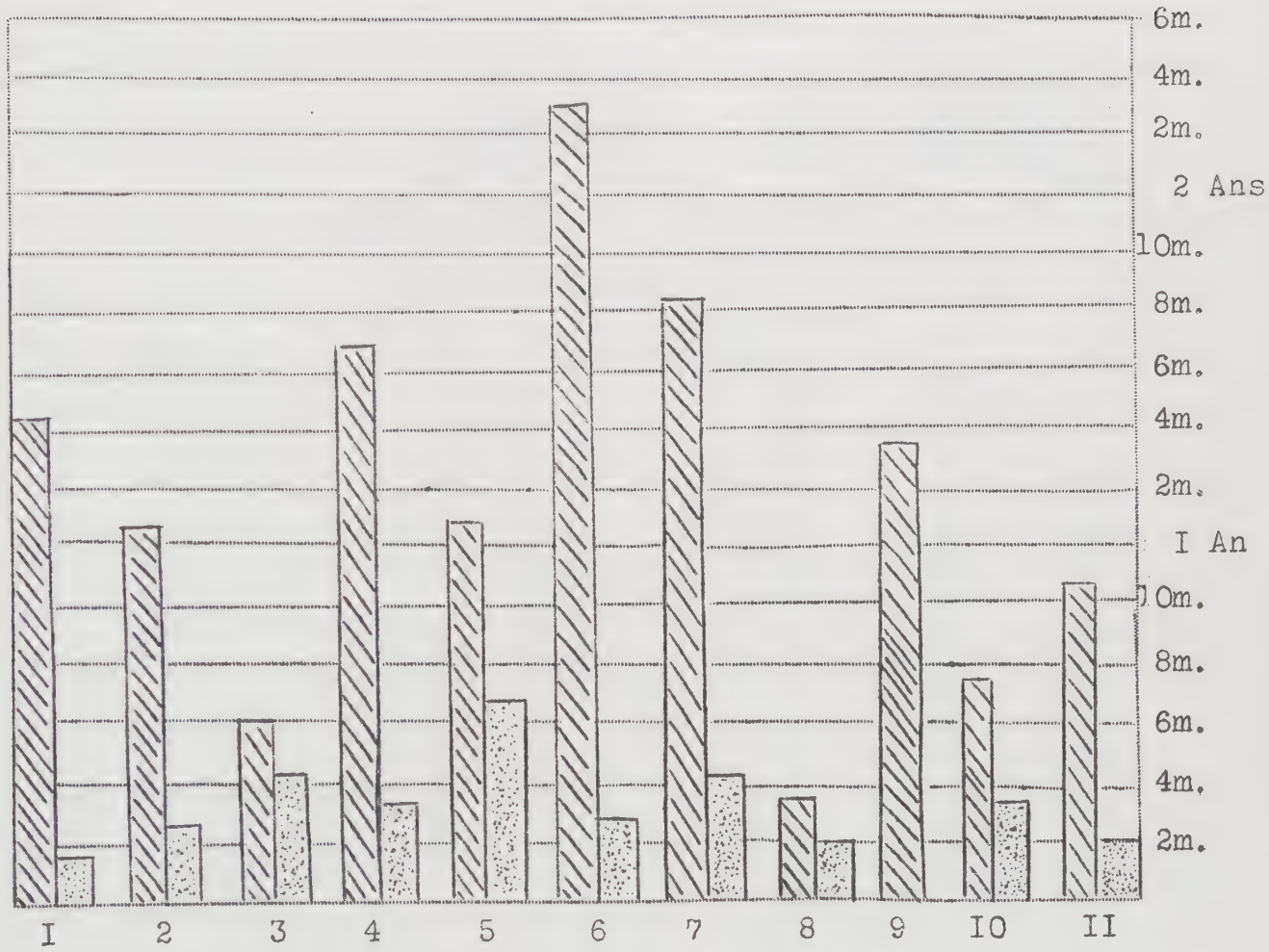
B - ACCES MULTIPLES

TABLEAU VII

Forme Clinique	Sans E.C.		Avec E.C.	
	Nb	Durée	Nb	Durée
Mél. franche ...	71	1a. 4m. 9j.	31	1m. 27j.
Mél. anxieuse ..	46	1a. 9j.	14	2m. 11j.
Mél. stuporeuse.	1	6m.	6	4m. 9j.
Mél. délirante .	21	1a. 6m. 29j.	7	3m. 8j.
Hypocondrie	20	1a. 25j.	22	7m. 4j.
S. de COTARD ...	4	2a. 2m. 26j.	1	2m. 7j.
P.M.D.	50	1a. 8m. 3j.	12	4m. 3j.
Mél. atypique ..	5	3m. 15j.	1	2m.
Mél. symptomatiq.	7	1a 3m. 16j.	-	
Mél. d'invol. ...	13	7m. 22j.	12	3m. 25j.
Mél. présénile ..	26	10m. 7j.	2	2m.
Total	264	1a. 3m. 2j.	108	3m. 20j.

GRAPHIQUE II

DUREE MOYENNE DES ACCES MULTIPLES



I - Mél. franche
2 - Mél. anxieuse
3 - Mél. stuporeuse
4 - Mél. délirante
5 - Mél. hypocondriaque
6 - S. de COTARD
7 - P.M.D.
8 - Mél. atypique
9 - Mél. symptomatique
IO - Mél. d'involution
II - Mél. présénile

Sans ECT

Avec ECT

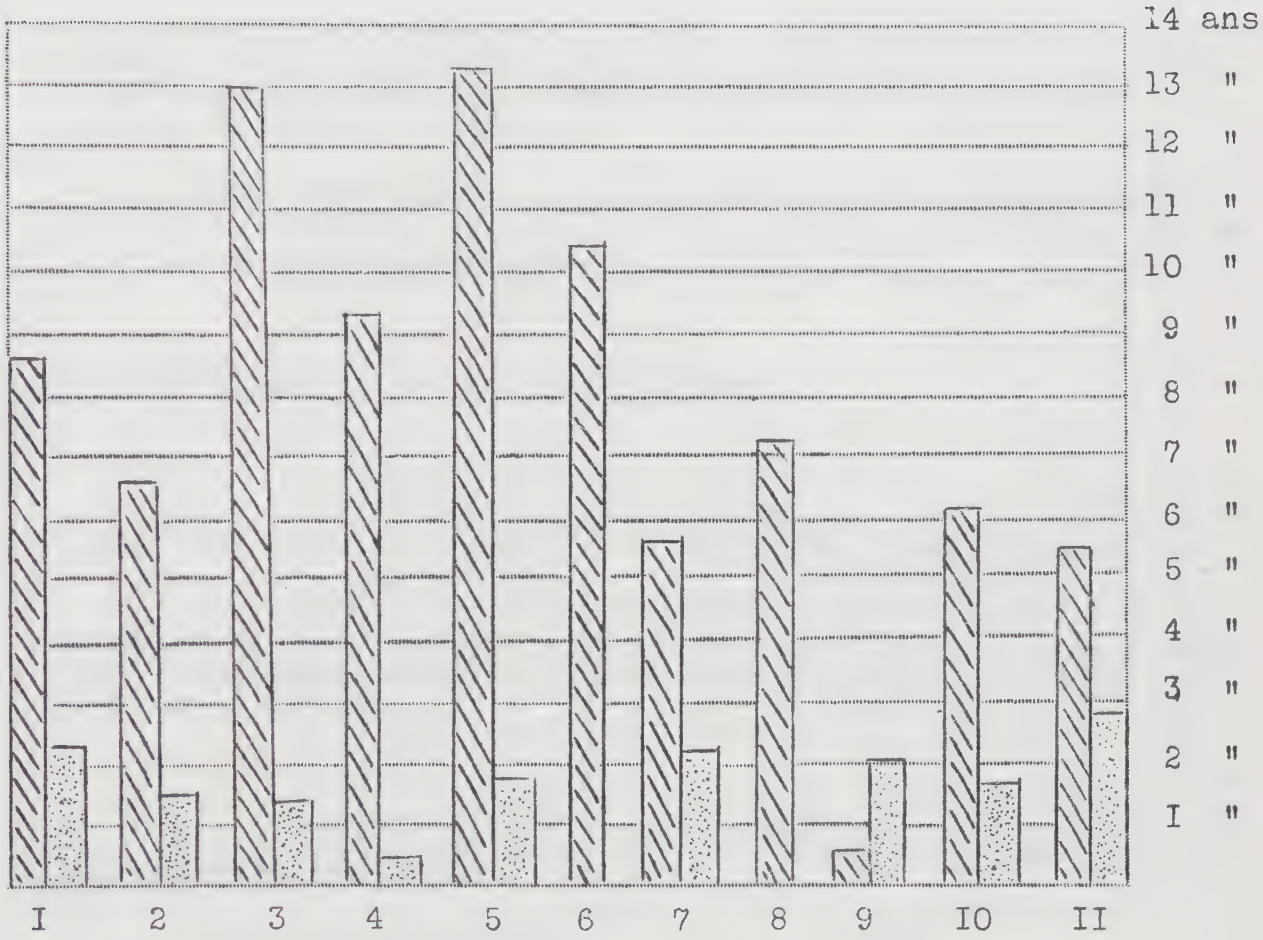
3) - DUREE MOYENNE DES REMISSIONS ENTRE CHAQUE ACCES SELON LA FORME CLINIQUE CONSIDEREE.

TABLEAU VIII

Forme Clinique	Sans E.C.		Avec E.C.	
	Nb	Durée	Nb	Durée
Mél. franche ...	72	8a. 6m. 22j.	IO	2a. 4m. 15j.
Mél. anxieuse ...	36	6a. 6m. 25j.	7	la. 7m. 17j.
Mél. stuporeuse .	1	13a.	3	la. 4m. 20j.
Mél. délirante ..	12	9a. 4m. 16j.	3	5m. 15j.
Hypocondrie	18	13a. 5m. 2j.	11	la. 8m. 15j.
S. de COTARD	4	10a. 5m. 1j.	-	
P.M.D.	43	5a. 6m. 14j.	6	2a. 2m. 8j.
Mél. atypique ...	3	6m. 11j.	1	2a.
Mél. symptomatique	5	7a. 2m. 6j.	-	
Mél. d'involution	12	6a. 2m. 12j.	8	la. 7m. 5j.
Mél. pré-sénile .	7	5a. 4m. 29j.	2	2a. 10m. 2j.
Total	213	7a.10m. 4j.	51	la. 9m. 16j.

GRAPHIQUE III

DUREE MOYENNE DES INTERVALLES



I - Mél. franche
2 - Mél. anxieuse
3 - Mél. stuporeuse
4 - Mél. délirante
5 - Mél. hypocondriaque
6 - S. de COTARD
7 - P.M.D.
8 - Mél. symptomatique
9 - Mél. atypique
IO - Mél. d'involution
II - Mél. présénile

Sans ECT

Avèc ECT

CHAPITRE III

UTILISATION DES RESULTATS

Nous nous proposons dans ce chapitre d'analyser les résultats que nous avons obtenus. Aussi souvent que possible nous nous réfèrerons aux conclusions d'auteurs qui ont publié des études voisines.

Nous examinerons tout d'abord les résultats globaux, pour ensuite voir les conclusions que nous pouvons tirer des résultats classés par forme clinique.

PREMIERE PARTIE - RESULTATS GLOBAUX

1) - Tout d'abord nous constatons que les mélancoliques représentent 15% de la totalité des dossiers examinés.

Ce résultat est comparable à celui obtenu en 1890 par GARNIER dans une statistique citée par Gilbert BALLET (1903): sur 1000 malades femmes 150 étaient des mélancoliques, soit également 15%.

2) - Effet de la convulsivothérapie sur la durée et l'espacement des accès.

La lecture du tableau I met en évidence :

a) un raccourcissement considérable de la durée des accès : 3 mois 14 jours dans le cas des accès traités contre 1 an 9 mois 27 jours dans le cas des accès non traités. Ce qui correspond à une durée environ six fois moins longue pour les accès traités par électro-chocs.

Les chiffres indiqués par d'autres auteurs ne sont pas comparables à ceux que nous obtenons : en effet la durée moyenne d'un accès mélancolique - 8 mois pour KRAEPELIN - est, dans notre travail, plus que doublée.

La proportion du raccourcissement de durée moyenne de l'accès que nous obtenons est supérieure à celle indiquée par certains auteurs. Ainsi, BENNETT conclut à une réduction des trois-quarts. DAUMEZON (1945) admet une réduction des deux-tiers. Nos résultats s'éloignent plus encore des conclusions de GUYOTAT (1950) qui conclut à une réduction de moitié seulement ; de même pour EY et BURGUET (1952). Par contre, pour TILLOTSON et SULZBACH, la diminution de durée d'hospitalisation des accès traités est de 70 à 90% en comparaison des accès non traités (1945). Pour COSSA (1946) "A partir du moment où un mélancolique reçoit des chocs, il a 8 chances sur 10 d'être guéri en 1 mois à 6 semaines ".

Toutefois, signalons que nous avons tenu compte dans l'élaboration de notre moyenne de séjours de plusieurs années concernant notamment des malades ayant présenté un accès unique (séjour de plus de 5 ans).

b) Nous observons un raccourcissement important de la durée moyenne des rémissions : 1 an 9 mois 16 jours entre les accès traités par chocs contre 7 ans 10 mois 4 jours entre les accès non traités, soit une rémission environ quatre fois et demi moins longue. La durée moyenne des rémissions entre accès non traités, dans notre travail, correspond à celle indiquée par les auteurs cités par H. EY (1954) : KRAEPELIN, LANGE, PASKIND. Nous n'avons pas trouvé de publications indiquant, chiffrée, la diminution des rémissions entre les accès traités par électrochocs en comparaison avec les intervalles séparant les accès non traités. Selon CARRIER (1955), BENNETT pense que les rechutes sont retardées si l'on prend soin de ne laisser sortir les malades qu'à guérison complète. Selon DIGO (1947) pas de modification de rythme.

Remarquons ici que le chiffre que nous avons trouvé correspond à la durée moyenne des rémissions chez les malades qui ont rechuté. Nous voulons dire par là que parmi les malades qui ont été traitées par électro-chocs beaucoup n'ont pas rechuté ; nous verrons même plus loin que le nombre des accès chez les malades traitées par électro-chocs est légèrement moins grand que chez les malades non traitées.

Bornons-nous donc à constater que lorsque après un accès traité par l'électro-choc en survient un autre, l'intervalle qui sépare ces deux accès dure environ quatre fois et demi moins longtemps que celui qui sépare les accès non traités.

D'autre part, étant donné que la durée des accès est réduite six fois par l'électrochocthérapie, une rémission durant quatre fois et demi moins longtemps en cas de rechute est compensée par la durée moins longue de l'hospitalisation.

3) - Répartition des malades selon le nombre d'accès présentés.

a) Le tableau II donne une idée globale de cette répartition. Constatons que sur 450 malades la moitié environ n'ont eu qu'un seul accès. L'autre moitié est représentée en majeure partie par des malades ayant fait seulement deux accès ; viennent ensuite les malades ayant fait quatre accès et plus ; enfin, les malades ayant fait trois accès.

La proportion de nos malades à accès unique est un peu plus élevée que celle indiquée par MASSELON et RODIET (cités par REGIS, 1914) dans une statistique qui, il est vrai, ne porte que sur 23 malades : pour eux la proportion est de 40 % au lieu de 50 % dans notre étude.

Les chiffres publiés par DENIS dans sa thèse (1954) : un accès = 46 %, deux accès = 28 %, trois accès = 10 %, quatre accès et plus = 16 %, sont voisins des nôtres.

b) Comparaison du nombre moyen d'accès par malade, traitées et non traitées par électrochocthérapie (ECT).

La lecture du tableau III met en évidence :

1) en tenant compte, dans l'élaboration des moyennes des malades ayant présenté un accès unique, un nombre moins grand d'accès chez les malades traitées par EC à tous les accès : 1,31 contre 1,65 chez les malades non traitées. Ceci semble confirmer l'hypothèse que nous avions formulée précédemment

à savoir que si les rechutes après EC sont plus rapprochées que sans EC, par contre, elles sont moins nombreuses. Comme nous avons compté ici avec les accès uniques, nous nous croyons autorisés à penser que lorsque les mélancoliques sont traitées par E.C. elles rechutent moins fréquemment.

Pourtant, nous avons considéré comme "accès" ce que d'autres auteurs ont considéré comme "rechute" proprement dite, à savoir les réadmissions dans un délai inférieur à six mois après la sortie. Ainsi interviennent dans notre moyenne des accès "fragmentés" par l'ECT.

Nous admettons que nous n'avons pas étudié les éléments qui auraient pu nous conduire à déterminer la valeur - ou le niveau - de l'amélioration. Mais nous pouvons affirmer que ce n'est pas parce qu'elles sont sorties par décès après traitement ou non que nos malades n'ont pas rechuté ...

2) Si nous ne conservons, pour rechercher le nombre moyen d'accès, que les observations de malades ayant présenté plusieurs accès, nous obtenons, là encore, un résultat favorable à l'ECT : 2,43 accès traités contre 2,57 accès non traités.

3) On peut rapprocher de ces derniers chiffres le nombre moyen d'accès chez les malades n'ayant été traitées par chocs qu'à certains accès seulement : il est de 3,2 accès par malade. Nous croyons pouvoir expliquer cette fréquence plus grande dans ce cas par le fait que la plupart du temps si ces malades n'ont eu que certains accès traités par électro-chocs c'est parce qu'elles en avaient présenté un plus grand nombre en tout (5 ou 6 accès), et que, par conséquent, leur psychose évoluait bien avant l'apparition de la convulsivothérapie. D'autre part, pour les malades qui ont eu des chocs aux premiers accès et qui n'en ont pas eu aux autres (en raison de contre-indications) elles n'en ont pas moins rechuté aussi souvent -

et même plus - après les accès non traités. On ne peut imputer à l'ECT cette fréquence plus grande puisque ainsi que nous l'avons vu plus haut cette fréquence est plus grande également chez les malades non traitées.

4) Pour éliminer cependant cette possible cause d'erreur, nous avons dissocié ce dernier groupe de malades ainsi que nous l'avons exposé au chapitre "Résultats", en classant avec les malades non traitées les accès non traités et avec les malades traitées les accès traités.

Les chiffres obtenus sont, là encore, favorables à la convulsivothérapie puisque le nombre moyen d'accès par malade est sensiblement moins élevé que pour les malades traitées. (Que l'on tienne compte, ou non, des accès uniques). (Sans EC = 1,7 et 2,5. Avec EC = 1,5 et 2,3). DENIS a obtenu des résultats plus favorables encore à l'ECT que les nôtres : non traités = 2,16 accès par malade ; traités : 1,38 accès par malade. Par contre, nos résultats s'opposent à ceux de EY et BURGUET (1952) SALZMAN (1946) qui concluent à une augmentation de fréquence des rechutes après EC. Pour HINRO et LIPSCHUTZ, les rechutes après EC sont aussi fréquentes.

CONCLUSIONS.

Après l'examen des résultats globaux nous pouvons conclure :

1) que l'ECT raccourcit de six fois environ la durée des accès traités par rapport aux accès non traités.

2) que le nombre moyen d'accès par malade est moins élevé pour les malades traitées que pour les malades non traitées.

3) par contre, lorsque les malades traitées rechutent, la durée de la rémission entre chaque accès est quatre fois et demi moins longue que celle qui sépare deux accès non traités par chocs.

En somme, le bénéfice de la moins longue hospitalisation des accès traités par EC n'est pas compromis par le rythme plus grand des rechutes.

SECONDE PARTIE - LES RESULTATS SELON LES FORMES CLINIQUES

1) - Répartition des formes cliniques

a) Le tableau IV résume le pourcentage des formes observées.

Les malades du premier groupe (Mélancolies "typiques" ou encore "endogènes") et du troisième groupe (formes symptomatiques et atypiques) englobent 70 % de la totalité. Si, à ces formes, qui correspondent à la Mélancolie Rémittente et Intermittente de REGIS, nous ajoutons la forme maniaque dépressive (Groupe II) qui entre avec elle dans le cadre des "Psychoses Périodiques" nous constatons que 80 % des malades entrent dans cette rubrique.

On comprend alors les nombreuses divergences qui ont pu naître au sujet du classement des 20 % de malades composant notre quatrième groupe "Etiologique". Peut-on en effet admettre, sous prétexte qu'une étiologie (chocs émotionnels prolongés ou répétés, situation pénible ou involution sénile, involution tout court ...) est probable, que ces formes de dépression sont tellement différentes des autres que l'on doive les en séparer. Ou, au contraire, doit-on - en considérant que l'autonomie de la Psychose Intermittente correspond à une étiologie, une pathogénie, un terrain propre, plus ou moins bien connus - reléguer dans un autre groupe les formes réactionnelles ou involutives sous prétexte qu'elles ont une étiologie différente, connue. Il ne nous appartient pas de conclure ...

b) L'examen du tableau V montre que, par ordre de fréquence, on trouve successivement :

- les Mélancolies franches,
- les Mélancolies anxieuses,
- les Mélancolies délirantes,
- les Mélancolies préséniles,
- les Formes Maniaques Dépressives,
- les Mélancolies hypocondriaques,
- les Mélancolies d'involution,
- les Mélancolies symptomatiques,
- les Mélancolies atypiques,
- les Mélancolies stuporeuses,
- les Mélancolies réactionnelles,
- le Syndrome de COTARD.

Nous voyons que les trois aspects essentiels de la forme "majeure" - franche, anxieuse, délirante - prédominent nettement.

Le faible pourcentage des mélancolies d'involution (5,33 %) peut s'expliquer par le fait que cette forme - telle que nous l'avons définie, c'est-à-dire dépression sans déficit intellectuel sénile, contemporaine de la ménopause - peut revêtir les aspects anxieux, hypocondriaque ou de dépression simple. Il est probable qu'un certain nombre d'entre elles sont pour cette raison comptées dans notre classement parmi les mélancolies franche, anxieuse, ou hypocondriaque.

2) - Durée des accès.

Avant d'analyser rapidement l'évolution des accès suivant la forme clinique considérée, nous voudrions faire remarquer ici que les chiffres que nous avons obtenus dans cette partie de notre travail doivent être considérés avec une certaine réserve. En effet, la classification par forme clinique fragmente les observations comparées en groupes peu nombreux (le chiffre indiqué correspond parfois à une seule malade) et assez souvent inégaux (par exemple, si à vingts accès de mélancolie hypocondriaque non traités par EC nous comparons 22 accès traités, nous opposons à 50 accès de P.M.D. non traités 12 accès traités).

Dans ces conditions, il est certain que nous ne pouvons prétendre attribuer la même valeur aux durées moyennes publiées ici qu'à celles publiées dans nos résultats globaux : les facteurs qui interviennent dans la durée des accès (terrain, ancienneté de la maladie, affections intercurrentes ...) modifient davantage, sur un petit nombre de cas que sur un grand nombre, la détermination du chiffre moyen.

Si nous examinons les tableaux VI et VII, illustrés par les graphiques I et II, nous constatons que :

a) - lorsqu'on n'utilise pas la convulsivothérapie, il existe des différences importantes entre la durée moyenne des accès uniques et celle des accès multiples ; les accès uniques évoluent plus longtemps sous certaines formes (stuporeuse, atypique, délirante, présénile) et moins longtemps sous certaines autres (M. franche, M. d'involution). On peut dire, d'une manière générale que les accès uniques durent plus longtemps que les accès multiples.

b) - ces différences de durée tendent à disparaître lorsqu'on utilise l'électrochocthérapie : alors que sans

EC, les durées moyennes s'échelonnent entre quelques mois (M. réactionnelle, M. d'involution) et plusieurs années (M. stuporeuse, délirante, présénile) les durées d'accès traités par EC oscillent entre I mois et demi (M. réactionnelle), 7 mois (M. hypocondriaque) et I an 4 mois (M. présénile).

Mais si l'EC, en agissant sur la base thymique diencéphalique, tend à uniformiser la durée des accès quelle que soit la forme clinique revêtue, il persiste des différences. On a bien l'impression que l'EC guérit moins vite les formes où le "niveau de déstructuration" est le plus prononcé : les mélancolies délirantes ou stuporeuses sont plus "résistantes" que les formes franches. C'est la forme réactionnelle qui réagit le plus rapidement à l'EC.

c) - Toutes les formes sont susceptibles d'être améliorées par l'ECT, même celles qui s'accompagnent d'un affaiblissement intellectuel incipiens. L'amélioration est seulement plus longue à se dessiner dans les formes préséniles ; la durée de l'accès n'est réduite dans ces cas que de moitié. (1 an 4 mois 8 jours contre 2 ans 9 mois 20 jours).

d) - Il ne semble pas que la convulsivothérapie agisse nettement moins vite sur les rechutes que sur les premiers accès, comme nous le montre la comparaison entre la durée des accès uniques et celle des accès multiples traités par EC (3 mois 8 jours et 3 mois 20 jours).

Si nous dressons la liste des formes cliniques par durée croissante des accès nous obtenons :

1 - sans traitement par EC

Accès Unique	Accès multiples
M. d'involution	M. atypique
M. réactionnelle	M. stuporeuse
M. hypocondriaque	M. d'involution
M. franche	M. présénile
M. anxieuse	M. anxieuse
M. présénile	M. hypocondriaque
M. délirante	M. symptomatique
M. atypique	M. franche
M. stuporeuse	M. délirante
M. symptomatique	P.M.D.
	Syndrôme de COTARD

Nous voyons apparaître des différences notables selon qu'il s'agit de malades ayant eu un unique accès ou de malades ayant eu plusieurs accès. Nous pensons que certaines de ces différences peuvent provenir

- du terrain
- de l'évolution de l'accès.

du terrain :

- En ce qui concerne les formes hypocondriaques par exemple, un accès unique est de peu de durée : pour plusieurs de ces malades appartenant probablement aux dépressions "d'involution" de la cinquantaine (qui revêtent souvent cet aspect pour DIGO), l'amélioration est relativement rapide, peut-être en raison du peu de "profondeur" de l'atteinte psychique, peut-être aussi en raison de la difficulté d'adaptation de ces malades en milieu psychiatrique "traumatisant" pour elles, même en cure libre. Notons cependant que la durée moyenne de séjour (7 mois) que nous avons obtenue, correspond bien à celle indiquée par d'autres auteurs.

Si ces hypocondriaques font plusieurs séjours, les derniers sont plus longs. Devons-nous invoquer ici la loi de l'allongement des phases dûe au vieillissement, ou plus simplement, pour employer une expression de DESHAIES (1955), un "enkystement" dans un milieu hospitalier où les malades finissent alors par se complaire parce qu'il justifie à leurs yeux leurs troubles.

- Par ailleurs, nous constatons dans les formes atypiques que le séjour est beaucoup plus long pour un accès unique que pour la moyenne des accès multiples. Nous pouvons penser que l'accès unique atypique évoquant bien souvent - nous le répétons - une psychose schizophrénique le séjour est plus long en raison de la longue mise en observation que ces malades imposent. Dans le cas de nouveaux accès, l'anamnèse réduit beaucoup la durée d'observation : ces accès évoquent souvent alors les bouffées délirantes transitoires, plus que la schizophrénie.

de l'évolution de l'accès :

- Nous n'avons pas construit de tableau concernant l'évolution (guérison, amélioration, décès) ce qui nous aurait fait sortir de notre sujet. Mais nous pensons que certains accès ont une durée abrégée par un décès survenant pour cause intercurrente avant la

fin de l'évolution de la psychose. C'est le cas notamment pour les mélancolies préséniles.

- En ce qui concerne les mélancolies franches, anxieuses, délirantes, psychoses maniaques dépressives, les accès multiples ont une durée plus grande qui s'explique vraisemblablement par l'allongement des phases avec le vieillissement.

2 - avec traitement par EC (toujours par ordre de durée croissante).

Accès Unique	Accès Multiples
M. réactionnelle	M. franche
M. d'involution	M. atypique
M. franche	M. présénile
M. délirante	Syndrôme de COTARD
M. hypocondriaque	M. anxieuse
M. atypique	M. délirante
M. anxieuse	M. d'involution
M. stuporeuse	M. stuporeuse
M. présénile	P.M.D.
	M. hypocondriaque

Les moyennes ne portant ici que sur un nombre encore plus restreint de cas nous ne considérerons pas comme absolues les conclusions que nous tirerons de l'ordre de ces listes.

Constatons simplement que :

- comme nous l'avons déjà écrit plus haut, les formes où la déstructuration est la moins prononcée réagissent plus rapidement (formes réactionnelle et franche).

- l'anxiété est relativement difficile à réduire : les mélancolies anxieuses réagissent moins vite à l'ECT.

- traités par EC, les accès multiples de mélancolie hypocondriaque durent plus longtemps que les accès uniques. Mais il est vrai qu'on hésite chez ces malades à pratiquer une thérapeutique majeure comme y incitent une douleur morale vive, un paroxysme anxieux ; ce n'est souvent qu'après un séjour déjà plus ou moins long qu'on se décide à avoir recours aux chocs.

- les mélancolies d'involution lorsqu'elles rechutent après EC sont plus longues à guérir que lors d'un premier accès.

Par contre, les dépressions préséniles guérissent

plus rapidement lors des rechutes.

- les accès de P.M.D. sont longs à se stabiliser. Peut-on invoquer la labilité de la forme, qui passe facilement chez ces malades de la dépression à l'hypomanie sous l'influence des chocs.

- enfin, en ce qui concerne les mélancolies atypiques, nous ferons la même remarque que pour les accès non traités de cette forme : l'EC "analyseur" (DELAY) raccourcit la durée de ces "états qui demeurent comme suspendus entre la mélancolie et la schizophrénie" (H.EY - 1954). L'anamnèse permet, lors des accès ultérieurs, un meilleur pronostic si la rémission a été de bonne qualité et le séjour est moins long.

3) - Durée des intervalles. (Tableau VIII - Graphique III)

On ne peut pas établir de rapport bien défini entre le rythme des accès non traités et celui des accès traités dans les différentes formes cliniques considérées.

Cependant, notons que :

a) les rémissions entre les accès de formes franche et anxieuse traités par chocs, quoique diminuées sont proportionnelles à celles qui séparent les accès non traités.

b) dans les formes maniaco-dépressives l'EC semble réduire la durée des rémissions dans une proportion de moitié environ. Etant donné la réduction de la durée de l'accès traité (5 fois), ces malades bénéficient incontestablement de ce mode de traitement.

c) nos résultats semblent aussi favorables pour les formes préséniles. Toutefois, ils portent sur trop peu de cas (7 non traités et 2 traités) et n'ont ici qu'une valeur d'indication.

d) par contre, les chiffres que nous avons trouvés pour la forme hypocondriaque indiquent les plus longues rémissions avant ECT (plus de 13 ans) et sont particulièrement réduites par le traitement (1 an 8 mois). Etant donné que, dans les formes à accès multiples, l'ECT met plus longtemps à assurer l'amélioration (7 mois) ou est utilisée plus tardivement, on peut dire, avec MULLER (1946), que l'EC n'a pas une action suffisamment favorable dans les mélancolies hypocondriaques pour que l'on ne pèse pas sérieusement les inconvénients qu'il peut représenter chez ces malades souvent revendicatrices. Ces

inconvénients ont été soulignés par certains auteurs. (HEUYER, BOUR, Melle MOREAU - 1942) - (HEUYER, LEROY, DIATKINE - 1948).

e) notons également que l'EC raccourcit dans la forme délirante plus que partout ailleurs les rémissions entre les accès.

CONCLUSIONS.

La classification des résultats selon la forme clinique permet de dégager quelques faits :

1) 80 % des formes entrent dans le cadre des "Psychoses Périodiques" (f. typiques majeures, atypiques, symptomatiques et P.M.D.).

20 % correspondent aux formes "étiologiques" (f. réactionnelles, d'involution et préséniles).

2) Par ordre de fréquence, trois aspects prédominent nettement - M. franche, anxieuse, délirante - suivis par les formes préséniles et les formes maniaco-dépressives.

3) La durée des accès isolés est plus longue en moyenne que celle des accès multiples, plus spécialement dans les formes stuporeuses, délirantes, atypiques.

l'EC agit sur toutes les formes, et atténue les différences entre les durées des accès suivant les différentes formes. Certaines sont toutefois plus résistantes à l'ECT, et parmi ces dernières les formes anxieuses et les formes comportant un certain niveau de déstructuration (M. délirantes, stuporeuses) ainsi que les formes comportant un certain affaiblissement intellectuel sénile.

4) La durée des rémissions, diminuée par l'EC, reste cependant proportionnelle à la durée des accès non traités dans les formes franches et anxieuses.

- c'est dans la Psychose Maniaque Dépressive que l'ECT réduit le moins la rémission entre deux accès traités.

- les rémissions sont particulièrement écourtées dans les formes délirantes et hypocondriaques entre deux accès traités.

CONCLUSIONS

Dans le but de faire une étude comparative entre Mélancoliques traitées et non traitées par la convulsivothérapie électrique, nous avons sélectionné parmi 2.948 dossiers de malades ayant séjourné entre 1922 et 1955 dans un service de l'Hôpital Psychiatrique de La Charité-sur-Loire, 450 observations d'états dépressifs.

De cette étude nous tirons les conclusions suivantes :

1) - Les Mélancoliques représentent 15 % de l'ensemble des malades.

2) - Après avoir déterminé la durée moyenne de la totalité des accès traités, de la totalité des accès non traités et de la totalité des rémissions entre accès de chaque groupe, nous avons constaté :

a) que l'ECT raccourcit de six fois environ la durée des accès.

b) que le nombre moyen d'accès par malade est moins élevé pour les cas traités que pour les cas non traités.

c) que, par contre, lorsque les malades traitées rechutent, la durée de la rémission entre chaque accès est environ quatre fois et demi moins longue que celle qui sépare deux accès non traités.

3) - La comparaison des résultats classés selon les différentes formes cliniques présentées montre que :

a) 80 % des Mélancolies entrent dans le cadre des psychoses périodiques "endogènes" (formes majeures typiques, atypiques, symptomatiques et Psychose Maniaque Dépressive.

20 % correspondent aux formes "étiologiques" (formes réactionnelles, M. d'involution et préséniles).

b) les formes franches, anxieuses, délirantes sont les plus fréquentes ; viennent ensuite les formes préséniles, les formes maniaco-dépressives.

c) les accès isolés durent plus longtemps en moyenne que les accès multiples, spécialement dans les formes stuporeuses, délirantes, atypiques.

d) l'Electrochoc agit sur toutes les formes mais certaines sont plus résistantes à son action et parmi ces dernières les formes anxieuses et les formes comportant un certain niveau de déstructuration (M. délirantes, stuporeuses), ainsi que les formes comportant un certain affaiblissement intellectuel sénile.

e) c'est dans la Psychose Maniaque Dépressive que l'Electrochoc réduit le moins la rémission entre deux accès traités.

f) les rémissions sont particulièrement écourtées dans les formes délirantes et hypocondriaques entre deux accès traités.

Ainsi, notre étude tend à prouver que l'Electrochocthérapie en diminuant six fois la durée des accès, en diminuant le nombre des rechutes, demeure indiqué même si les rémissions entre accès traités sont moins longues.

Notre étude par forme clinique montre, par ailleurs, que le pronostic selon la forme revêtue reste valable malgré l'emploi de cette thérapeutique.

En somme, devant un malade envahi par la douleur morale, l'anxiété, de pénibles idées délirantes, dans l'état actuel de nos connaissances thérapeutiques, il semble préférable de courir les risques de l'Electrochocthérapie si l'on a présent à l'esprit le rôle essentiel du Médecin : Protéger le malade contre lui-même et le soulager de ses maux.

Vu, le Président de Thèse

Professeur HEUYER

Vu, le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

ABELY P. (1923) - Les terminaisons de la Mélancolie. Thèse Paris.

BARUK H. (1945) - Le traitement moral en Psychiatrie. Annales médico-psychologiques, Mai, p.387.

BARUK H. (1950) - Précis de Psychiatrie. Masson Paris.

BARUK H. (1955) - Ce qu'il faut savoir de l'électro-choc pour un médecin praticien. Sud médical et chirurgical, t.88, p. 4089-4090, 30 Juin.

CARRIER J. (1955) - Mélancolie. Traitement. Encyclopédie Médico-chirurgicale. Psychiatrie, t.I, 37.2I0 A 20.

CHATAGNON (1945) - Quelques considérations histo-physio-pathologiques sur le système nerveux après EC. Annales médico-psychologiques, Nov. p.4I4.

CHIARLI A. (1929) - L'auto-hémothérapie dans le traitement de maladies mentales. Thèse Lyon.

COLLET G. (1945) - Doutes sur l'opportunité des traitements par électro-choc dans certains cas de mélancolie et dans la manie. Annales médico-psychologiques, Nov. p.421.

COLLIER M.G. et DEPER B. (1955) - Evolution et pronostic comparé de la Psychose Maniaque Dépressive hier et aujourd'hui. Société Médicale de Bordeaux, 21 juin C.R. in La Revue du Praticien, 21 janvier 1956.

COSSA P. (1946) - Indications respectives des cures par les chocs insuliniques, cardiazoliques et électriques. Rapport du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française. Genève-Lausanne.

DAUMEZON et DENIS (1954) - Notes sur le pronostic des états mélancoliques. Annales médico-psychologiques, Mars p. 348.

DELAY J. (1943) - La théorie diencéphalique de l'électro-choc. Annales médico-psychologiques, Oct. Nov, p.245.

DELAY J., Mme DREYFUS-MOREAU, Mme GENDROT, DIGO (1946) - Sur le pronostic des syndromes de Cotard traités par EC. Annales médico-psychologiques, Février p.147.

DELAY J. (1946) - L'électrochoc et la psycho-physiologie. Masson - Paris.

DELAY J. (1950) - Méthodes biologiques de traitement en psychiatrie. Masson - Paris.

DENIS J.B. (1954) - Contribution à l'étude du pronostic des états mélancoliques. Thèse Paris.

DESHAIES, MORLON, RIVAILLE (1955) - Traitement et pronostic des psychopathies chroniques. Annales médico-psychologiques, Avril, P.558.

DIGO R. (1955) - Mélancolie. Etude clinique. Encyclopédie Médico-chirurgicale. Psychiatrie, T.I, 37.2I0 A 10.

DELMAS-MARSALET (1945-46) - Indications et contre-indications de l'électro-choc. Diagnostic et traitements, T. IV, nº 3. C-R in Annales Médico-Psychologiques, Nov.1947, p.467.

EY H. et BURGUET (1952) - Action des EC dans la Psychose Maniaque Dépressive et dans la Mélancolie d'involution. Etude statistique. Annales Médico-Psychologiques, Fév. p.214.

EY H. (1954) - Etudes Psychiatriques, T.III, études 22 et 25. Desclées de Brouwer et Cie, Paris.

FISHBEIN I.L. (1949) - Mélancolie involutive et thérapeutique convulsive. The American Journal of Psychiatry, Aout, p.128 - C.R. in Annales médico-psychologiques, Nov.1951, p.490.

GARDIEN JOURD'HEUIL Mme (1935) - La vagotonine dans les états anxieux. Thèse Nancy.

GILBERT BALLET (1903) - Traité de pathologie mentale. Douin Paris.

GUIRAUD (1955) - Psychiatrie clinique. 3ème édition. Le François, Paris.

HEUYER, BOUR, et FELD (1942) - Electro-choc chez les adolescents. Annales médico-psychologiques, Juin-Juillet, p.75.

HEUYER, BOUR et LEROY (1943) - L'électrochoc chez les enfants. Annales médico-psychologiques, Déc. p.402.

HEUYER, LEROY et DIATKINE (1948) - Sur 312 cas traités par l'électro-choc ambulatoire. Annales médico-psychologiques, Juillet, p.199.

HINKO et LIPSCHUTZ (1950) - Cinq années après les chocs thérapeutiques. The American Journal of Psychiatry. C.R.in Annales médico-psychologiques, Nov.1950, p.580

LABOUCARIE J. (1945) - Sur un cas de mort après électro-choc, (et discussion à la suite de la communication) Annales médico-psychologiques, Nov. p.430 et Déc. p.526.

LATREMOLIERE J. (1944) - Accidents et incidents observés au cours de 1200 électro-chocs. Annales médico-psychologiques, II, p.621.

LOPEZ-IBOR (1950) - Indications respectives des méthodes de choc. Rapport du Congrès International de Psychiatrie, Paris, in Annales médico-psychologiques, Nov. p.534.

LOUYER-VILLERMAY (1802) - Recherches historiques et médicales sur l'hypocondrie. Méquignon Paris.

MASSELON (1905) - La Mélancolie. Alcan Paris.

MULER M. (1946) - Indications respectives de l'insulinothérapie, de la cardiazolthérapie et de l'électrochocthérapie. Rapport du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de langue française. Genève-Lausanne.

REGIS (1914) - Précis de Psychiatrie. Douin Paris.

RONDEPIERRE, HIVERT, HUGELIN (1952) - Electro-narcose et méthodes similaires.Evolution Psychiatrique. Janv.-Mars, p.123.

ROUBAUD-LUCE (1817) - Recherches médico-philosophiques sur la Mélancolie. Le Normant - Paris.

SALZMAN (1947) - Appréciations sur les traitements par chocs. The American Journal of Psychiatry. C.R. in Annales médico-psychologiques, Nov. p.579.

SARGANT W., SLATER E., HILL D. (1952) - Méthodes biologiques de traitement en Psychiatrie. Presses Universitaires de France. Paris.

TILLOTSON et SULZBACH (1945) - Etude et évaluation comparative de l'électrochocthérapie dans les états dépressifs. The American Journal of Psychiatry, Janv. p. 455.